

ใบคำขอเอาประกันชีวิตกลุ่มแบบคุ้มครอง 1 ปี (สำหรับสมาชิก)

ชื่อตัวแทน / นายหน้า กรมธรรม์เลขที่ [กรณีไม่ต้อง](#) เติลงรูปภาพ ให้กรอกเฉพาะ: ส่วนที่ 1
 สมาชิกเลขที่ ชื่อกลุ่ม [กรณีต้อง](#) เติลงรูปภาพ ให้กรอก: ส่วนที่ 1 และ ส่วนที่ 2

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย
 ผู้ขอเอาประกันชีวิตต้องตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใดๆ อาจจะเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันชีวิตปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันชีวิต ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ ม. 865

ผู้ขอเอาประกันภัย

ชื่อ-สกุล

เพศ ชาย หญิง | เชื้อชาติ | สัญชาติ

ชื่อ-สกุล (เดิม)

ชื่อ-สกุล ภรรยา/สามี

สถานภาพ โสด สมรส หม้าย หย่า

วุดปี เกิด / / อายุ ณ วันเกิดที่ผ่านมา ปี

เลขประจำตัวประชาชน

เอกสารที่ใช้แสดง

บัตรประชาชน วันบัตรหมดอายุ

หนังสือเดินทาง เลขที่ /

วันหมดอายุ

ที่อยู่

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน

จังหวัด รหัสไปรษณีย์

ที่อยู่ปัจจุบัน

จังหวัด รหัสไปรษณีย์

ชื่อ/ที่อยู่สถานที่ทำงาน

จังหวัด รหัสไปรษณีย์

สถานที่ติดต่อ

ที่อยู่อาศัยตามทะเบียนบ้าน | ที่อยู่อาศัยปัจจุบัน | สถานที่ทำงาน

หมายเลขโทรศัพท์

หมายเลขโทรศัพท์มือถือ

หมายเลขโทรศัพท์ที่ทำงาน

อีเมล

อาชีพ

อาชีพ / ตำแหน่ง / หน้าที่

ประเภทธุรกิจ รายได้รวมต่อปี

กรณีทำประกันชีวิตเพื่อคุ้มครองเงินกู้

กรณีนารู ประเภทเงินกู้

วงเงินกู้ บาท

แบบประกันภัย

แบบประกันภัย ระยะเวลาเอาประกันภัย ปี | จำนวนเงินเอาประกันภัย บาท

จำนวนเบี้ยประกันภัย บาท | วงการชำระเบี้ยประกันภัยราย เดือน 3 เดือน 6 เดือน ปี

ผู้รับประโยชน์ (*กรณีที่มีผู้รับประโยชน์หลายคน และไม่ระบุร้อยละของผลประโยชน์ จะจ่ายผลประโยชน์ให้คนละเท่าๆกัน)

ชื่อ-สกุล ผู้รับประโยชน์

เลขประจำตัวประชาชน หรือ

หนังสือเดินทาง เลขที่ | อายุ ปี

ที่อยู่

ความสัมพันธ์ ส่วนแบ่ง %

ชื่อ-สกุล ผู้รับประโยชน์

เลขประจำตัวประชาชน หรือ

หนังสือเดินทาง เลขที่ | อายุ ปี

ที่อยู่

ความสัมพันธ์ ส่วนแบ่ง %

กรณีทำประกันชีวิตเพื่อคุ้มครองเงินกู้
 ผู้รับประโยชน์หลัก คือ ผู้ถือกรมธรรม์ (สถาบันการเงิน / สหกรณ์) เฉพาะส่วนที่เป็นหนี้ค้ำประกัน: เงินผลประโยชน์ที่เหลือจะจ่ายให้กับผู้รับประโยชน์ตามที่ระบุไว้ข้างต้น

คำถามผู้ขอเอาประกันภัย

ท่านเคยถูกปฏิเสธ เลื่อนการรับประกันภัย เพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย เปลี่ยนแปลงเงื่อนไข สำหรับการขอเอาประกันภัย หรือการขอกลับคืนสู่สถานะเดิม หรือการขอต่ออายุของกรมธรรม์จากบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นหรือไม่ ถ้า เคย โปรดระบุรายละเอียด ไม่เคย เคย

ชื่อบริษัท สาเหตุ เมื่อวันที่

ชื่อบริษัท สาเหตุ เมื่อวันที่

ส่วนที่ 1

ข้อมูลสุขภาพ

- ส่วนสูง ซม. | น้ำหนัก กก. ใน 6 เดือนที่ผ่านมาน้ำหนักของท่าน คงเดิม เพิ่มขึ้น กก. ลดลง กก.
- ท่านเคยเสพยาเสพติดหรือสารเสพติดใดๆ หรือยาเกินขนาดหรือเคยได้รับการรักษาเกี่ยวกับยาเสพติดหรือโรคพิษสุราเรื้อรังหรือไม่ ไม่เคย เคย
- ท่านเป็น หรือเคยเป็น หรือเคยได้รับการวินิจฉัยและ/หรือรับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคมะเร็ง หรือเนื้องอกของอวัยวะอื่นๆ โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไทรอยด์ โรคหลอดเลือด โรคเลือด โรคประสาท โรคหลอดเลือดในสมอง โรคปอดหรือปอดอักเสบ โรควัณโรค โรคหอบหืด โรคตับหรือทางเดินน้ำดี โรคไต โรคแผลในทางเดินอาหาร โรคชัก โรคจิต โรคข้ออักเสบ พิกัดทางร่างกาย โรคเอดส์ (HIV) หรือภูมิคุ้มกันบกพร่อง หรือไม่ หากเคย ให้ระบุรายละเอียดในตารางด้านล่าง ไม่เคย เคย

โรค	วัน/เดือน/ปี ที่รักษา (โปรดระบุว่าการวินิจฉัย หรือรับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์)	การรักษาและอาการปัจจุบัน	สถานพยาบาลที่รักษา (หากระบุชื่อแพทย์ได้โปรดระบุ)

- ในระหว่าง 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับการตรวจสุขภาพ การตรวจชิ้นเนื้อ หรือการตรวจเพื่อวินิจฉัยโรคเช่น การเอกซเรย์ การตรวจคลื่นหัวใจ การตรวจเลือด หรือการตรวจด้วยเครื่องมือพิเศษอื่นๆ หรือไม่ ถ้า เคย โปรดระบุรายละเอียดในตารางด้านล่าง ไม่เคย เคย

ตรวจอะไร	เมื่อใด	สถานที่ตรวจ	ผลการตรวจ	ข้อสังเกตโดยแพทย์

- ในระหว่าง 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยบาดเจ็บ เจ็บป่วย ได้รับการผ่าตัด ปรีक्षाแพทย์ ได้รับการแนะนำจากแพทย์เกี่ยวกับสุขภาพ หรือได้รับการรักษาในสถานพยาบาลที่มีได้ระบุข้างต้น หรือไม่ ถ้า เคย โปรดระบุรายละเอียดในตารางด้านล่าง ไม่เคย เคย

อาการ	วัน / เดือน / ปี ที่ได้รับการรักษา	สถานพยาบาล	ผลการรักษา

ข้อความยืนยันถ้อยแถลงหรือคำตอบในใบคำขอเอาประกันชีวิต

การให้ถ้อยคำ การมอบอำนาจ และการให้ความยินยอม

- ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอเอาประกันชีวิตนี้ รวมถึงถ้อยแถลงที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพเป็นความจริงทุกประการ ซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่าหากข้าพเจ้าไม่แถลงข้อความจริง บริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์
- ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ หรือบริษัทประกันภัยอื่น หรือสถานพยาบาล ซึ่งมีประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าที่ผ่านมาหรือจะมีขึ้นต่อไปในอนาคตเปิดเผยข้อเท็จจริงให้แก่บริษัท หรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ได้
- ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ไซ้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อบริษัทประกันภัย หรือบริษัทประกันภัยต่อ หรือหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมายหรือนุเคราะห์ทางการแพทย์เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ หรือประโยชน์ทางการแพทย์ได้
- ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ไซ้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

ก่อนลงลายมือชื่อ ขอให้ท่านกรุณาตรวจสอบความถูกต้องของคำตอบทุกข้ออีกครั้งหนึ่ง เพื่อความสมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย

เขียนที่ วันที่ เดือน พ.ศ.

ลงชื่อ พยาน ลงชื่อ ผู้ขอเอาประกันภัย
 () ()

ลงชื่อ ผู้ให้ความยินยอมในฐานะ: บิดา / มารดา ผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้ขอเอาประกันภัย
 ()